POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABINSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SEDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Listopad — 11 — ROCZNIK ÓSMY — 3 — 1906.

I. PRACE ORYGINALNE.

O szklistem zwyrodnieniu spojówki.

Podał

Dr KONRAD RUMSZEWICZ

(w Kijowie).

A. M., 35-letni, mocnej budowy i zupełnie zdrowy osobnik, uprzejmie przysłany mi przez kol. Kozłowskiego. Powieki górne opadnięte o tyle, iż brzegi ich wolne są położone niżej dolnych brzegów źrenic. Zmarszczki chrząstkowo-oczodołowe z obu stron zupełnie niewidoczne, zastępują je bardzo znacznie wypukłe, półkuliste prawie powierzchnie, które stanowią bezpośrednio prawie ciąg dalszy chrząstkowych części powiek. Są one gładkie, równe i twarde przy dotknięciu. W kącie wewnętrznym oka prawego spostrzegać się daje guz o nierównej powierzchni, który początek bierze od spojówki chrząstki powieki górnej. Mięsko łzowe widoczne, nieco może zanikłe; rogówki prawidłowe. Chory przywykł podnosić po-

wieki górne przy pomocy rąk, zwłaszcza gdy miał patrzeć wprost przed siebie, lub ku górze. V = 1.

Cierpienie powstawać zaczęło przed trzema laty; stan obecny trwa od pół roku. Odwijanie powiek dość utrudnione i zawsze powoduje pękanie tkanek z pewnym krwotokiem. Po odwinięciu powiek, załamki przejściowe są zupełnie gładkie, zgrubiałe, zwłaszcza w pobliżu kątów zewnętrznych. Tkanka ich żółtawo-biała, nieprzezroczysta. Spojówka gałki zupełnie prawidłowa. Objawów jaglicy zgoła żadnych nie było.

Ze względu na kruchość tkanek i wygląd zewnętrzny spojówki rozpoznać wypadło zwyrodnienie skrobiowate. Ponieważ chory dłużej zabawić nie mógł, postanowiłem wyciąć jednorazowo oba załamki przejściowe, posuwając cięcia znacznie głębiej ku kątom zewnętrznym, nadto jeszcze wyciąłem kilkanaście drobniejszych (2 mm □) cząstek ze spojówki powiek i wspomniany już wyżej guz z okolicy kąta wewnętrznego prawej powieki górnej. Po czterech tygodniach opadnięcie powiek było ledwo dostrzegalne, wygląd spojówki był prawidłowy.

Części wycięte przechowałem w 10% rozczynie formaliny z dodaniem kwasu chromowego do barwy blado-żółtej. Badanie drobnowidowe wykazało: W przybłonku żadnych widoczniejszych zmian nie było. W spojówce właściwej przerost tkanki adenoidalnej był bardzo nieznaczny, zmian zaś w tkance tej stanowczo żadnych nie było. W głębokich warstwach dawały się spostrzegać jednolite drobne bryłki, obok brzegów których znajdowały się szeregi jąder. Nigdy wszelako nie otaczały one bryłek dokoła, przeciwnie zwykle nie więcej nad trzecią część powierzchni tychże, jakkolwiek były ułożone często we dwa i więcej szeregów. Na pierwszy rzut oka utwory te sprawiały wrażenie komórek olbrzymich, nie trudno się jednak było przekonać, że jądra należały do tkanek otaczających, bardzo zaś często położone były bezpośrednio obok ścian naczyń włosowatych, w których kulki krwiste były widoczne, lub też światło naczyń już zanikło, pozostały zaś tylko ściany ich. Dość często bryłki dokoła prawie otaczały naczy-

nia włosowate, w których miejscami jeszcze kulki krwiste spostrzegać się dawały. Bryłki zatem odpowiadały jakby wysepkom tkanki, pomiędzy pętlami naczyń położonym. Swoją drogą, w istocie bryłek często spostrzegać można było przekroje naczyń włosowatych. Jądra obok obwodu bryłek położone były to typowe jądra śródbłonka; tworzyły one nie tylko dwa, lecz trzy i więcej nawet szeregów. Jądra obok ścian naczyń położone barwiły się bardzo wyraźnie, dalej ku obwodowi o wiele słabiej, jeszcze dalej były blade, zupełnie prawie niezabarwione. Wreszcie w samej istocie bryłek dawały się napotykać bądź resztki jąder, bądź też próżnie tylko odpowiedniej wielkości. Bryłki głębiej położone znacznie były większe, jądra zaś obok obwodu ich o wiele mniej liczne, jakkolwiek tworzyły nieraz kilka szeregów, nigdy jednakże całkowitych otoczek. Kształt tych bryłek był nieprawidłowy. I tu również obok brzegów dawały się spostrzegać naczynia włosowate. które miały szczególniej rozwiniętą błonę dodatkową, w której to błonie jądra śródbłonka często były ułożone we dwa i więcej szeregów. W niektórych też miejscach ku zewnątrz od błony dodatkowej widoczne były bardzo drobne bryłki. Już ta okoliczność, jakoteż stosunek bryłek do naczyń włosowatych, typowe jądra śródbłonka, obok obwodu, w części w samych bryłkach położone, wreszcie stopniowe w nich zmiany zanikowe, w miarę odsuwania się od naczyń, wyraźnie zdają się wskazywać na okoliczność, iż same bryłki były wytworem komórek śródbłonkowych. najprawdopodobniej komórek pochewek chłonnych naczyń krwionośnych. Już Neelsen utrzymywał. że istotę szklistą wytwarzają komórki śródbłonkowe. Sprawę tę dla naczyń mózgu udowodnił już dawniej Chołszczewnikow (Virchow's Archiv. 112, 3); przypomnę, iż Leber w swoim czasie (Arch. f. Ophthalm. XIX. 1 i XXV. 1) utrzymywał, że istotę skrobiowatą wytwarzają komórki otoczek bryłek i również olbrzymie. Pożaryński (Medicinskoje Obozrenje 1993, Nr 15) na mocy dwóch zbadanych przez siebie przypadków zwyrodnienia skrobiowatego spojówki, wypowiada zdanie, iż guzy skrobiowate spojówki są to nowotwory śródbłonkowe,

które następnie bardzo rychło ulegają zwyrodnieniu skrobiowatemu. Z tego punktu widzenia, zdaniem jego, łatwo dają się wytłumaczyć często spostrzegane nawroty cierpienia. Co do zwyrodnienia szklistego przyznaje to również Van Duyse. Spostrzegać się jednak dawały bryłki innego jeszcze rodzaju. Postać miały one okrągłą, raczej nawet jajowatą. W środku ich nigdy nie spostrzegałem ani komórek, ani też resztek ich, były one zupełnie jednolite, dokoła zaś otaczała je zupełnie prawidłowa warstwa komórek śródbłonkowych. Trudno wątpić, że były to naczynia chłonne, rozciągnięte przez ciecz, która następnie stężała. Barwiki barwiły je zupełnie tak samo, jak inne części zwyrodniałe. Taki sposób powstawania bryłek pierwszy opisał Ischreyt *(Ueber hyaline Degeneration der Conjunctiwa,* Arch. f. Augenheilkunde LIV, 4, str. 403). Bryłki tego rodzaju były jednak nieliczne.

Pomiędzy bryłkami dawały się niekiedy spostrzegać niewielkie wysepki tkanki adenoidalnej, w której żadnych objawów zwyrodnienia nie było. Początek tkanka ta brała widocznie od błony dodatkowej naczyń. W pobliżu wysepek tych znajdowały się bardzo nieliczne prawdziwe komórki olbrzymie. Głębiej jeszcze widoczne były drobne tętnice i żyły, w których często spostrzegać się dawał rozrost śródbłonka. Obok tego ściany naczyń tych były przeważnie bardzo zgrubiałe, lśniące, o budowie współśrodkowej, światło zaś bardzo było zwężone, często zupełnie zanikłe. W drobnych tętnicach zmiany występowały przeważnie w błonie środkowej, w drobnych zaś żyłach przeważnie w błonie dodatkowej. W warstwie tej bryłek w rodzaju uprzednio opisanych wcale już nie było, jeśli zaś utwory na pierwszy rzut oka przypominały bryłki, przy badaniu dokładniejszem zawsze poznać w nich można było zupełnie zwyrodniałe, z zupełnym zanikiem światła naczynia krwionośne, w środku których znajdowały się jednak wyraźne resztki śródbłonka.

W warstwie podspojówkowej wygląd tkanki znowu zupełnie się różnił, przypominając raczej budowę naczyniaka. Tkanki adenoidalnej nigdzie tu nie było, natomiast ściany na-

czyń, zarówno tętnic, jakoteż żył, były bardzo zgrubiałe. W drobniejszych naczyniach światła zwykle zupełnie były zanikłe, tylko w środku pozostawały resztki śródbłonka. Nawet budowa współśrodkowa nie była już widoczną; wyglądały one jako bryłki, resztki tylko tkanki śródbłonka w środku zdradzały cięcia poprzeczne naczyń krwionośnych, obok obwodu zaś jąder wcale nie było.

W warstwie tej bardzo wyraźne nadto były zmiany w tkance łącznej. Pęczki jej były bardzo zgrubiałe, lśniące, przejrzyste, na pierwszy rzut oka bardzo przypominały woskowo zwyrodniałe poprzecznie prążkowane włókna mięśniowe. Często na znacznej przestrzeni na preparatach widoczne były li tylko bezpośrednio obok siebie położone cięcia poprzeczne i wzdłużne naczyń krwionośnych i obrazy najzupełniej odpowiadały podanemu przez Bałłabana *(O szklistem zwyrodnieniu spojówki gałkowej.* Postęp Okulistyczny 1904, Grudzień).

Wyżej podane zmiany dawały się spostrzegać, nadto zupełnie w opisanym porządku, na cięciach dokonanych ze wszystkich części wyciętych. Na osobną wzmiankę zasługują chyba guz, wycięty z kąta wewnętrznego prawej górnej powieki i części z okolic kąta zewnętrznego załamków powiek górnych. Budowa o tyle się tu różniła, że tkanki adenoidalnej znacznie było więcej i nietylko w warstwie podprzybłonkowej, lecz nadto w postaci wysepek pomiędzy bryłkami położonych. W częściach z okolicy kąta zewnętrznego załamka przejściowego powiek górnych bryłki mniej były liczne, natomiast występowały tu bardzo wybitne zmiany w gruczołach Krausego, które w okolicy tej, jak najpierw opisał Wolfring *(Zur Lehre v. d. contagiösen Augenentzündungen.* Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Beilageheft 1874), znajdują się w części zewnętrznej powiek, nie w górnej części chrząstek ich, jak w części nosowej, lecz po za obrębem chrząstki, nawet za ścięgnem dźwigacza powieki. Otóż obszar przez gruczoły te zajęty był bardzo zwiększony, natomiast zraziki były bardzo nieliczne, zanikłe, miejsce zaś ich zajmowała tkanka drobno-ziarninowa. Rozrost tkanki tej uciskał nietylko same zraziki, lecz również

przewody gruczołów, gdyż te w niektórych miejscach o tyle były rozszerzone, że na cięciach tworzyły dość znaczne torbiele. Zmiany zanikowe w gruczołach Krausego spostrzegał również Vossius w drugim przypadku swoim. W gruczołach Meiboma, o ile znajdowały się takowe w częściach wyciętych, zmian żadnych nie spostrzegałem.

Co do sposobów barwienia to Vossius posługiwał się przeważnie pikrokarminowym dwuboranem sodu Neumanna, który częściom szklisto-zwyrodniałym nadaje wyraźnie żółtą barwę. Najszczegółowszych badań nad barwieniem dokonał Kamocki. Zastosował karmin ałunowy, purpurynę, wodny rozczyn siniawca metylenowego, dahlię, wezuwinę, pikrokarmin, safraninę, purpurynę, fiolet metylenowy i gencyanowy, eozynę i indygokarmin. Sposoby barwienia Weigerta, Grama, Russela, Ziehl-Nielsena i thioninę Ehrlicha. Wogóle istota szklista jest czułą dla wszystkich kwaśnych barwików anilinowych. Za najpraktyczniejsze barwiki uważam pikrokarmin, dalej potrójne barwienie karminem borowym, indygokarminem i kwasem pikrynowym, sposób v. Giesona, fuksynę kwaśną, thioninę Ehrlicha, zwłaszcza dla topografii sposób Ziehl-Nielsena, który najlepiej chyba uwydatnia części szklisto-zwyrodniałe i dziwi mię bardzo, że w przypadku Dimmera sposób ten nie dopisał.

Zwyrodnienie szkliste spojówki bezwarunkowo spostrzegano już bardzo dawno. Gdy w roku 1871 Kyber (*Studien über die amyloide Degeneration*, Dorpart 1871), i v. Oettingen (*Die ophthalmologische Klinik Dorpat's in den ersten Jahren ihres Bestehens. Dorpat*, str. 49—58), pierwsi opisali przypadki zwyrodnienia skrobiowatego spojówki, następnie liczne przypadki tegoż opisali i właściwie samą sprawę zwyrodnienia skrobiowatego spojówki na porządek dzienny wnieśli uczniowie szkoły Dorpackiej. Wszakże już rychło nie uszło uwagi badaczy (Zwingmann, *Die Amyloidtumoren der Conjunctiva,* Dorpat 1879 i innych również), iż mimo zupełnie

prawie jednakowego wyglądu sprawy przy badaniu drobnowidowem, oddziaływanie typowe wypadało niedokładnie, lub wcale się nawet nie udawało. Okoliczność tę w ten starano się wytłumaczyć sposób, iż skład chemiczny istoty skrobiowatej bynajmniej nie jest jednostajny, lecz znacznym ulega zmianom, stąd też powstaje rozmaite zachowanie się wobec odczynnika Virchowa. Różne to zachowanie się tkanek pierwszy dokładnie wytłumaczył Raehlmann (Archiv. f. Augenheilk. X, str. 129). Wypowiedział on wyraźne zdanie, iż w przypadkach, w których chybiało oddziaływanie Virchowa, miało miejsce li tylko zwyrodnienie szkliste, zastosował zaś to twierdzenie swoje nietylko do własnych przypadków, lecz również do przypadków uprzednio przez uczniów kliniki Dorpackiej opisanych, mianowicie: Kybera, v. Oettingena, Stroehmberga (*Ein Beitrag zur Casuistik der amyloiden Degeneration*. Dorpat 1877) i Zwingmanna, po których pozostałe resztki powtórnemu poddał badaniu. Zdaniem Raehlmanna, zwyrodnienie szkliste stanowi zawsze okres przedwstępny zwyrodnienia skrobiowatego. Pogląd taki wypowiedział już dawniej v. Recklinghausen.

Poglądy klinicysty Dorpackiego dokładniej wyłożył uczeń jego Kubli w pracy swej *Die klinische Bedeutung der sogenannten Amyloidtumoren der Conjunctiva*, Arch. f. Augenheilk. X, 2, 1882), w której zestawił wszystkie znane podówczas przypadki zwyrodnienia skrobiowatego spojówki. Wypadało, iż w rozwoju sprawy 1-wszy okres stanowi bujanie tkanki adenoidalnej, 2-gi zwyrodnienie szkliste, 3 ci zwyrodnienie skrobiowate, 4-ty—skostnienia i zwapnienia. Była to pierwsza monografia w sprawie zwyrodnienia szklistego i skrobiowatego spojówki. Odtąd przybywało coraz więcej spostrzeżeń. Gdy Kubli w pracy swej zestawił 30 spostrzeżeń, ja, w monografii mej sprawie tej poświęconej a ogłoszonej w 10 lat później, znalazłem w literaturze 9 nowych spostrzeżeń, do których dodałem cztery własne (*O szklistem i skrobiowatem zwyrodnieniu spojówki,* Przegląd lekarski i Archiv. für Augenheilkunde

XXV, str. 363, 1892), co stanowiło już 43 spostrzeżenia, dokładniej opisane.

Z zestawienia przypadków tych przedewszystkiem udało się obalić twierdzenie pierwszych badaczy, któremu zresztą zaprzeczali już uprzednio Raehlmann, zwłaszcza Kubli, jakoby zwyrodnienia szkliste i skrobiowate powstawać miały na gruncie jaglicowym. Co do pierwocin, które zwykle zwyrodnieniu ulegają, zaprzeczyłem stanowczo twierdzeniu Raehlmanna, jakoby pierwotnie ulegać miały mu komórki siateczki i limfoidalne, później zaś dopiero naczynia i tkanka łączna. Udowodniłem nadto, że właściwie sprawa powstaje najczęściej w załamkach przejściowych, w okresach początkowych w postaci bardziej rozlanej i że zatem wprowadzony przez Zwingmanna a przez późniejszych badaczy przyjęty termin »guzów skrobiowatych« stosowniej zastąpić terminem »zwyrodnienie«. Wypadało dalej, że obie sprawy, nietylko skrobiowata lecz nawet szklista, należą do bardzo przewlekłych.

Z opisów uprzednich wypadało dalej, jakoby przy zwyrodnieniu li tylko szklistem tkanki były bardziej przejrzyste, mniej kruche; późniejsze wszakże spostrzeżenia kliniczne na danych tych oparte, stanowczo zawiodły. W przypadkach Kamockiego, Czemołosowa, Vossiusa i moim ostatnim, objawy kliniczne upoważniać się zdawały do rozpoznania zwyrodnienia skrobiowatego, jednakże mieliśmy do czynienia ze zwyrodnieniem li tylko szklistem. Co do innych szczegółów, skieruję czytelnika do wyż wspomnianej monografii mojej. Tu zwrócę uwagę li tylko na okoliczność, iż w przypadkach Mandelstama (Mandelstam i Rogowitsch. *Ein Fall von Amyloid etc.* Arch. f. Ophth. XXV, 1. 1880), Raehlmanna, Porywajewa (*Przypadek szklisto-skrobiowatego guza spojówki,* Wiestnik oftalm. III, 9. 1886 po rosyjsku) i w moim 3-cim, jakkolwiek wygląd drobnowidowy preparatów był mniej więcej jednaki, to jednak typowe oddziaływanie skrobiowate w pewnych miejscach i w pewnych ustrojach nawet tylko dawało się spostrzegać, w innych zaś wcale nie.

Dalej zwróciłem uwagę na okoliczność, iż skostnienia i zwapnienia bynajmniej uważane być nie mogą za ostateczny (według poglądów Raehlmanna) okres rozwoju sprawy skrobiowatej, gdyż spostrzegałem je również przy zwyrodnieniu li tylko szklistem. Stwierdziły to również późniejsze spostrzeżenia (Kamocki *Ein Beitrag zur Kenntniss der hyalinen Bindehautentartung*, Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1886, str. 68, Dimmer, *Ein Fall von hyaliner Degeneration der Lider und der Conjunctiva,* Zeitschr. f. Augenheilkunde IX. str. 474. 1903 i Ischreyt *Ueber hyaline Degeneration der Conjunctiva*, Arch. f. Augenheilk. LIV, 4, 1906).

Spostrzeżenia uprzednie i własne moje nie upoważniały mię jednakże do zaprzeczenia słuszności poniekąd poglądów Raehlmanna i uczniów jego, co do porządku chronologicznego zmian przy zwyrodnieniu skrobiowatem spojówki. Kamocki (*Ueber die hyaline Bindehautentartung. Bericht über die XX. Versammlung d. ophthalm. Gesellschaft im Jahre 1889* i *Untersuchungen über hyaline Bindehautentzündung*, Deutschmann's Beiträge zur Augenheilkunde I. Heft VIII. 1893) i Vossius *Ueber hyaline Degeneration der Conjunctiva*, Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie u. allgem. Pathologie V. 1889) stanowczo wszakże wypowiedzieli zdanie, iż zwyrodnienia szkliste i skrobiowate stanowią sprawy samoistne, nic wspólnego ze sobą nie mające. Pierwszy z nich zwłaszcza opracował najdokładniej stosunek tkanek uległych zwyrodnieniu szklistemu do odczynników. Lubarsch (*Ergebnisse der allgemeinen Pathologie u. pathologischen Anatomie* 1895 i 1899) również stanowczo utrzymuje, że istota szklista może wcale nie przeistaczać się w skrobiowatą, zwyrodnienie zaś skrobiowate obejść się może bez uprzedniego zwyrodnienia szklistego.

Niepodobna wszakże zaprzeczyć faktom spostrzeganym przez Raehlmanna i uczniów jego. Kubli, np., u jednego osobnika spostrzegał w dolnej powiece jednego oka zwyrodnienie wybitnie szkliste, w górnej zaś—wybitnie skrobiowate. W jednym z uprzednio opisanych moich przypadków (3-ci) spostrzegałem wybitne zwyrodnienie skrobiowate, w nawrocie

zaś—li tylko szkliste. Z późniejszych badaczy jedni Czemołosow (*W sprawie zwyrodnienia szklistego spojówki*, Wracz, str. 1143, r. 1895) i Guth *Ein Fall von hyaliner Entartung, der Bindehaut*, Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1902, str. 386) stanowczo utrzymywali, że zwyrodnienie szkliste stanowi sprawę zupełnie samoistną, Rogmann (*Un cas de dégénérescence hyaline des paupières*, Annales d'oculistique CXX, str. 89) jest zdania, iż w niektórych przypadkach istota szklista może nie przeistaczać się w skrobiowatą. Znowuż Van Duyse (*Deux cas de dégénérescence hyaline de la conjonctive*, Arch. d'ophthalmologie XIV. p. 472. 1894) zupełnie się przechyla do poglądów przeze mnie wypowiedzianych.

Dalej obok uprzedniego spostrzeżenia Porywajewa, który w przypadku swoim spostrzegał jednocześnie szkliste i skrobiowate zwyrodnienie, mamy jeszcze cały szereg nowych zupełnie podobnych spostrzeżeń, których dokonali Scimeni (*Delle relazioni fra la sostanza ialina o l'amiloidea nei tumori Atti del XI Congresso med. iuter*. Roma VI, str. 74, 1895), Colucci (*Di on tumore ialino-amiloideo della congiuntiva*. Annali di ottalmologia XXIX, str. 349), Ramenar (*Zwyrodnienie skrobiowate i szkliste*, Nagel's Jahresbericht 1902. str. 205), Puccioni (*Degenerazione amiloidea etc*. Annali di ottalm. XXVII, 3, sir. 215) i Suszkin (Wracz XXII, str. 889, po rosyjsku). Saemisch (*Handbuch d. gesammten Augenheilk*. v. Graefe u. Saemisch. Wyd. 2-gie, zesz. 84—90, str. 571) z powodu różnicy poglądów w uprzednich pracach, wypowiada zdanie, iż zwyrodnienie szkliste pozostać może jako takie, nie przeistaczając się w skrobiowate, to zaś ostatnie powstawać może samo przez się, bez uprzedniego zwyrodnienia szklistego. Po za tem bynajmniej nie zaprzecza on ścisłej pokrewności obu spraw.

Saemisch znalazł w literaturze tylko 12 przypadków zwyrodnienia szklistego. Odtąd przybyły nam nowe spostrzeżenia, nie licząc tu opisanego. Poglądu mego co do następowości obu zwyrodnień zmieniać nie mam podstawy, wobec znów faktów wyżej przytoczonych, nie mogę zaprzeczyć naj-

zupełniej uzasadnionym twierdzeniom tych, którzy utrzymują, iż: 1) zwyrodnienie szkliste powstawać może i nadal pozostawać li tylko jako takie, nie przeistaczając się w zwyrodnienie skrobiowate i 2), iż zwyrodnienie skrobiowate powstać może, wbrew zdaniu v. Recklinghausen'a, również bez uprzedniego zwyrodnienia szklistego. Wszelako nie od rzeczy może będzie rzucić okiem na opisane dotąd dokładniej przypadki, w których mieliśmy zwyrodnienie li tylko szkliste.

Przypadków takich mamy obecnie 25. Mianowicie trzy Raehlmanna, 3 moje (z tych dwa dawniej opisane), 5 Kamockiego, 3 Vossiusa, 2 Van Duyse'a, Rogmanna, (*Un cas de dégénerescence hyaline des paupières,* Annales d'oculistique CXX, str. 89), Guth'a, 2 Czemołosowa, Monesi (*Supra un caso di degenerazione ialina della congiuntiva,* Archivo di ottalmol. VIII. fare. 7—8, str. 289), Dimmer'a, Bałłabana i dwa Ischreyt'a.

25 spostrzeżeń to nie tak jeszcze wiele, zasługują one jednak bądź co bądź na kilka uwag ogólnych.

Określimy też jeszcze raz stosunek sprawy do jaglicy.

Otóż mniej więcej wyraźne objawy jaglicy mieliśmy w 2 tylko przypadkach (Monesi, 1-wszy Ischreyt'a) i mniej wyraźny w jednym (1-wszy Kamockiego).

Co do wieku: od 10—20 lat—2; od 20—35 lat—12; po 35 roku życia—4 spostrzeżeń. W innych przypadkach wieku nie wskazano. Fakty te zaprzeczają twierdzeniu Vossius'a, który utrzymywał, jakoby zwyrodnieniu szklistemu ulegać miały osobniki tylko w wieku od 20—30 lat.

Rozwój sprawy trwał od 3 miesięcy do 16 lat.

Co do klinicznego obrazu cierpienia, podałem go już w wyż wspomnianej monografii mojej. Co się tyczy rozpoznania klinicznego obu spraw, jak wspomniałem już wyżej, jest ono zgoła niemożliwem, rozstrzygnąć wątpliwość zachodzącą może li tylko badanie cząstek wyciętych przy pomocy odczynników typowych, lecz i tu należy pamiętać o przypadkach, w których pewne części dawały typowe oddziaływanie skrobiowate, inne zaś wcale nie. Okoliczność ta zresztą pod

względem klinicznym podrzędne ma tylko znaczenie, gdyż leczenie w obu razach jest jednakie. mianowicie, stosując się do okoliczności, bądź całkowite wycięcie guza, gdy w postaci jego sprawa występuje, lub załamka przejściowego, bądź wycinanie częściowe, gdy sprawa jest bardziej rozlaną. W pierwszym przypadku bywają coprawda nawroty, które również dają się usunąć, po częściowych zaś wycinaniach, dokoła cząstek wyciętych następuje odrodzenie cząstek nietylko wyciętych, lecz nawet na znacznej przestrzeni w przyległej tkance otaczającej.

Co do umiejscowienia sprawy, dane dokładniejsze mamy tylko dla 23 przypadków, mianowicie:

Mieliśmy sprawę li tylko na spojówce powiek w 1 przypadku; na spojówce załamków w 7; na spojówce powiek i załamków w 12; na spojówce powiek i załamków, nadto częściowo gałki i załamka półksiężycowego w 4 przypadkach; li tylko na spojówce gałki w 1 (B a ł ł a b a n). W 2 przypadkach umiejscowienia dokładniej nie wykazano.

Przyjrzyjmy się teraz sprawie ze stanowiska anatomicznego. Szkoła Dorpacka pierwszy początek jej rozwoju widziała w bujaniu tkanki adenoidalnej. Bujanie to jednak w trzech z podanych opisów wcale na wzmiankę nie zasłużyło, w 16 bynajmniej znacznem nie było i bardzo znacznem było tylko w 7-miu. Słuszny stąd chyba wypada wniosek, że w bujaniu tkanki adenoidalnej trudno przyznać okres przedwstępny zwyrodnienia szklistego.

Co do naczyń, w opisach czterech przypadków o stanie ich wzmianki nie znajdujemy, nieznaczne zmiany zachodziły w 14 przypadkach, bardzo znaczne w 7-miu. Zmiany spostrzegano już w naczyniach włosowatych, które otaczały nawet niekiedy płaszcze szkliste, przeważnie jednak w tętnicach, mniej wybitne — w żyłach. W tętnicach zwyrodnieniu ulegała przeważnie błona środkowa, wyjątkowo li tylko błony wewnętrzna i dodatkowa; w żyłach — błona dodatkowa. Nadto często bardzo spostrzegano rozrost komórek śródbłonkowych tętnic, zwłaszcza tętniczek, również rozrost tkanki dokoła na-

czyń. To też Czemołosow np. widzi w zwyrodnieniu szklistem przewlekłą sprawę zapalną z przerostem tkanek i ze zmianami w naczyniach krwionośnych *(peri- et endarteriitis obliterans)*, która powoduje zmiany w odżywianiu, prowadzące w końcu do zwyrodnienia szklistego.

W bardzo wielu przypadkach, gdyż w połowie prawie spostrzegano komórki tuczne. Co do komórek olbrzymich, były one szczególniej obfite w 1 przypadku, obfite w trzech, nieliczne w dziesięciu, wreszcie w 11 przypadkach wcale ich nie spostrzegano. Zwyrodnienie błony własnej gruczołów spostrzegano w trzech tylko przypadkach. Zwyrodnienie pęczków tkanki łącznej, mniej lub więcej znaczne, spostrzegano we wszystkich niemal przypadkach. Dalej w badaniach dokładniejszych opisano zmiany w siatce tkanki adenoidalnej.

Co się tyczy tak zwanych bryłek, które stanowią utwory poniekąd typowe dla zwyrodnienia zarówno szklistego, jakoteż skrobiowatego, to badania dokładniejsze wykazują w nich zwyrodniałe naczynia, bądź krwionośne, bądź chłonne, lub też pęczki tkanki łącznej. Mogą one nadto stanowić wprost wytwory komórek śródbłonkowych, jak to wyraźnie miało miejsce w ostatnim moim przypadku.

Rzadziej o wiele napotykamy opisy zmian w samych komórkach. Raehlmann spostrzegał początkowo zmiany w komórkach siateczki, później w limfoidalnych. Komórki te stawały się przezroczystemi, jednolitemi, obwody ich, jakoteż jąder—niewyraźnymi, bardzo słabo zabarwiały się karminem. Utrzymywał on, iż grupy komórek przeistaczały się następnie w typowe bryłki. Zmianom w naczyniach Raehlmann przypisywał znaczenie bardziej podrzędne. O wiele dokładniej zmiany w komórkach opisał Kamocki w 3-cim przypadku swoim. Ulegały im nietylko limfoidalne, lecz również gwiaździste komórki siateczki. Wypadły one jednak inaczej, niż Raehlmann opisywał, mianowicie istota szklista pojawiała się pierwotnie w postaci drobnych ziarnek, które uwydatniały się przy zastosowaniu odpowiednich barwików (thionina, podwójne barwienie wezuwiną i indygo-karminem). Ziarnka te, łącząc się

razem, przeistaczały się w kulki, wreszcie w jednę kroplę, obok jądra położoną. Van Duyse w 2-gim przypadku swoim również dostrzegał zmiany w samych komórkach.

Gdy Raehlmann główną rolę przypisywał komórkom, najpierw siatki adenoidalnej, potem limfoidalnym, Kamocki, Vossius, ja, Van Duyse i wszyscy późniejsi badacze, zwróciliśmy uwagę na zwyrodnienie pęczków tkanki łącznej, beleczek tkanki adenoidalnej, przeważnie zaś na zmiany w naczyniach włosowatych, tętnicach i żyłach. Zmiany te spostrzegano we wszystkich niemal przypadkach, nadto w tętnicach zajętą była przeważnie błona środkowa, w żyłach—dodatkowa i tylko Czemołosow utrzymuje, iż błona środkowa w tętnicach zwyrodnieniu jakoby nie ulega. Obok tego często bardzo spostrzegano w naczyniach *endo*—i *periarteriitis.*

Co do komórek olbrzymich, w 11 przypadkach wcale ich nie spostrzegano, w 10-ciu—nieliczne, w 3—liczne i w 1-m bardzo liczne. Zdaniem Kamockiego, nie dają się one napotykać w bardzo wczesnych i w bardzo późnych okresach rozwoju sprawy. Wraz ze mną utrzymuje on, iż komórki powstają li tylko jako oddziaływanie tkanek otaczających na części zwyrodniałe.

Ischreyt przyznaje dla zwyrodnienia szklistego cztery różne typy. Aż cztery typy dla 25 tylko dokładniej dotąd opisanych spostrzeżeń — to chyba za wiele, zwłaszcza, że wypadałoby jeszcze przyznać typy przejściowe. Poprzestaniemy lepiej wprost na wzmiance, iż gdy w przeważnej części przypadków zwyrodnieniu ulegały najczęściej naczynia krwionośne, dalej pęczki tkanki łącznej, rzadziej beleczki tkanki adenoidalnej, w przypadkach Raehlmanna, Kamockiego (3-ci) i Van Duyse'a (2-gi) spostrzegano zwyrodnienie szkliste komórek tkanki adenoidalnej, mianowicie gwiaździstych komórek siateczki i limfoidalnych.

Etyologii w przypadkach zwykłego zwyrodnienia szklistego wcale nie znamy. Z tego też powodu w zestawieniu uprzednio opisanych przypadków nie uwzględniłem wcale 2-ch przypadków Ewetzky'ego (*Sclerom der Bindehaut.* Beiträge

zur Augenheilkunde Deutschmann'a III. str. 101. 1896) w których powstałe zwyrodnienie szkliste komórek, najzupełniej przypominało zmiany przez Kamockiego opisane, wszelako zachodziła tu etyologia swoista, dalej niezupełnie wyraźny przypadek Herberta *(Colloid Degeneration of Conjunctiva*, Opht. Soc. of the United Kingd. 1902) i wreszcie Fejér'a *(Tarsitis trachomatosa*, Arch. f. Augenheilk. LIII, str. 246. 1905).

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. Bd. LIV. Heft 2. (Referent Dr Bałłaban).

Prace z dziedziny współczulnego zapalenia oka. (Arbeiten aus dem Gebiete der sympathischen Ophthalmie) Prof. Römer.

Dalsze doświadczalne badania w sprawie drażnienia oka i zmieniona teorya nerwów rzęskowych. (Weitere experimentelle Untersuchungen über die Frage der Reizwirkung am Auge und die modificierte Ciliarnerventheorie).

Pomimo, że Römer w dawniej przeprowadzonych badaniach, zgodnie z badaniami Wessely'ego wykazał, że patogeneza współczulnego zapalenia oka nie da się obecnie już tłumaczyć drażnieniem pochodzącem z oka pierwotnie schorzałego, to jednak postanowił on ważne to pytanie przeniesienia drażnienia z jednego oka na drugie wytłumaczyć przy pomocy badań nad surowicą.

Discongruenz zwischen hämolytischen Amboceptoren und Complementen im Kammerwasser und die Feinheit der Hämolysin und Eiweissreaction.

Przy tych badaniach jest korzystnem posługiwać się równocześnie chemiczną metodą Wessely'ego oznaczania białka, jak również metodą autora oznaczania hemolizyny, i to tem bardziej, że częstokroć metoda Wessely'ego okazuje się dokładniejszą, natomiast w przypadkach, w których do doświadczeń używa się zwierząt bardzo uodpornionych metoda Römera jest pewniejszą i czulszą. Metoda Wessely'ego jest także wskazaną wówczas, gdy się rozchodzi o rozpoznanie bardzo delikatnych drażnień.

Badania te wykazują zawsze, że drażnienie jednego oka przez drugie oko pierwotnie schorzałe w znaczeniu zmienionej teoryi nerwów rzęskowych nie daje się wytłumaczyć ani odczynem białka ani też rozczynem hemolitycznym.

Über den Parallelismus des Eiweissgehaltes und des Hämolysingehaltes im regenerierten Kammerwasser.

Należy przyjąć jako rzecz udowodnioną, że zgęszczenie cieczy wodnej zwiększa się w ogólności ze zwiększaniem się zawartości białka w przedniej komorze.

Porównanie jednak nie da się w tej mierze ściśle przeprowadzić. I tak udowodnił autor, że przy nakłuciu przedniej komory nie można ustalić także porównania pomiędzy hemolitycznymi składnikami białka a zwiększaniem się jego zawartości.

Tak samo nie da się rozstrzygnąć związek pomiędzy hemolitycznymi amboceptorami a białkiem zawartem w przedniej komorze.

Versuche über Trigeminusdurchschneidung.

Autor poddał krytyce badania Jessnera i wykazał, że są one mylne. Mianowicie udowodnił, że przecięcie n. trójdzielnego nie może spowodować odruchowo przeniesienia się do cieczy wodnej oka drugiego hemolizyny ani też sprowadzić zwiększenia się w niem białka.

Wszystkie zatem badania autora udowodniły, że odruchowe przeniesienie drażnienia z jednego oka na drugie, nie da się wykazać przy pomocy teoryi nerwów rzęskowych. Na zarzut Schmidt-Rimplera, który twierdzi, że badania autora nie są miarodajne, gdyż ograniczają się do doświadczeń prawidłowej cieczy wodnej, która wedle twierdzeń niektórych autorów powstaje z tęczówki, a nie z ciałka rzęskowego odpowiada autor, że jeżeli się tak rzecz bierze, to należy uważać także za mylne rzekome dodatnie wyniki co do zmiany w składzie cieczy wodnej — a na nich właśnie opiera się teorya nerwów rzęskowych.

Tak więc odrzuca autor całą zmienioną teoryę nerwów rzęskowych i przyjmuje z niej tylko jedyny czynnik, powodujący współczulne zapalenie, usposobienie.

Przypadek obustronnej szpary górnych powiek powikłany ze skórzakami na granicy rogówko-twardówkowej: Przyczynek do etyologii tej nieprawidłowości. (Ein Fall von doppelseitigem Colobom der Oberlider mit Dermoiden der Corneo-Scleralgrenze: Ein Beitrag zur Aetiologie dieser Missbildungen). Dr Ohse.

W przypadku tym chodzi o jedenastoletnią dziewczynkę z następującemi zmianami: oko lewe: Na górnej powiece znajduje

się prawie prostokątny brak około 1 cm^2 wielki, gdzie też skóra przechodzi bez dokładnej granicy w błonę śluzową, chrząstka zaś zupełnie nie istnieje. Odpowiednio do dalszej połowy rogówki i do przylegającej do niej twardówki, znajduje się guz o powierzchni podobnej do skóry, a guz ten wciska się dokładnie przy zamykaniu powiek w opisaną powyżej szparę powiekową. Oko prawe: Na powiece górnej znajduje się 5 mm długa szpara o podobnej budowie, jak na oku lewem. Na dolno-zewnętrznej granicy rogówkotwardówkowej widać już guz wielkości soczewicy i całkiem podobny do guza na oku lewem.

W okolicy twarzy znajdują się wrodzone zmiany, jak brak na górnej wardze ust i t. p. Zapomocą operacyi plastycznej zostały guzy te usunięte. Badanie anatomiczne wykazało, że guzy te mają związek ze skórą i że okazują znamiona skórzaków. W skrawkach drobnowidowych znaleziono obok składników skóry, równocześnie i twory mające własności błon śluzowych. Zdaniem autora twory te przedostały się do materyału badanego przy sposobności operacyi.

W przypadku tym chodzi, jak widzimy, o wrodzone zboczenia, przyczem powikłanie zaburzeń oka ze zboczeniami twarzy nie jest wcale przypadkowem. Wbrew zapatrywaniom różnych innych autorów skłania się autor do zapatrywania Van Duyse'go, którego zdaniem należy szukać przyczyny skórzaków spojówkowych w pozostałościach pasm amnionu. A mianowicie jeżeli pasmo amnionu przetrwa, to powstaje z niego skórzak i szpara w powiece, jeżeli natomiast pasmo to następowo się przerwie, to powstaje skórzak bez szpary w powiece. A także i inne wrodzone zmiany na twarzy dają się z łatwością wytłumaczyć jako powstałe przez ucisk i przez zanik tkanki wskutek ucisku pasemek amnionu.

Przypadek powstającego glejaka. (Ein Fall von beginnendem Gliom). Prof. Ogava.

Autor opisuje 14 miesięczne dziecko, u którego na oku lewem stwierdził trzeszcz gałki, przyczem źrenica przeświecała z oddali żółtawo, ucisk śródoczny był wzmożony. Rozpoznanie wobec tego opiewało na glejak siatkówki. Na oku prawem znachodziła się ku górze od tarczy wzrokowej wystająca mała biała plamka. Dziecko zmarło, a po wyłuszczeniu gałki ocznej wykazało badanie anatomiczne lewej gałki typowy glejak. Także i guz oka prawego, który był 3·6 mm szerokim, 5 mm długim i 1·5 mm grubym, wykazał budowę właściwą glejakowi.

Szczególnie na obwodzie dało się spostrzegać bardzo liczne t. zw. rozety Wintersteinera, które były miejscami bardzo obfite. Najbardziej zajmującem było to, że na brzegach nowotworu

dało się bardzo dokładnie widzieć, jak nowotwór ten powstawał ze zgrubiałej wewnętrznej warstwy ziarnistej, co też można było na wszystkich przekrojach dokładnie spostrzegać. Nie podlega też wątpliwości, że powstanie nowotworu na oku drugiem było zupełnie niezawisłem od glejaka na oku pierwszem, gdyż guz ten nie przeżarł gałki i nie wytworzył przerzutów, lecz guzy w obu oczach powstały niezawiśle od siebie.

Przypadek ten jest z pośród dotychczas opisywanych dopiero drugim, w którym spostrzegano glejak w tak wczesnym okresie rozwoju. Autor podnosi, że powstanie guza z wewnętrznej warstwy ziarnistej, jak to mógł wykazać, przemawia przeciwko zapatrywaniu, jakoby glejak powstawał z warstwy ziarnistej zewnętrznej. Przeciwko takiemu powstaniu przemawiają bardzo liczne naczynia, które się znajdywały w glejaku początkowym. Naczynia te powstały z naczyń siatkówki, a jest rzeczą wiadomą, że zewnętrzne warstwy siatkówki naczyń nie posiadają. Co się tyczy sposobu powstania oderwania siatkówki przy glejaku, to autor skłania się w tym względzie do zapatrywania Wintersteinera, jakkolwiek sprzeciwia się on zdaniu tego autora, jakoby rozety pochodziły od czopków i pręcików, a sądzi, że twory te powstają wskutek przemiany się przybłonków gleju i to w obrębie mas obumarłych.

Przyczynek do klinicznego obrazu i do leczenia jaglicy. (Zum klinischen Bilde und zur Therapie des Trachoms). Dr Schiele.

Autor opisuje istotę i początek jaglicy i wspomina, że wedle jego spostrzeżeń chorzeją przy postaci przewlekłej załamki spojówek dopiero bardzo późno, szczególnie zaś tyczy się to załamków górnych.

Zarazek jaglicy umiejscawia się natomiast początkowo w zewnętrznym kąciku spojówki dolnej powieki.

W bardzo obfitej w jaglicę gubernii kurskiej spostrzegał autor względnie bardzo często jaglicę u małych dzieci, szczególnie u niemowląt, podczas gdy choroba ta jest u dorosłych rzadką. Ten rodzaj jaglicy różni się od postaci przewlekłej tem, że może objąć równocześnie wszystkie części spojówki i rogówkę.

Następnie opisuje autor przebieg jaglicy, przyczynę powstania łuszczki i inne rodzaje zboczeń spojówki, które bywają często zamieniane z jaglicą, a w których uwidaczniają się ziarnka podobne do jagieł. Tak n. p. widział autor w jednym przypadku śluzoropotoku spojówek podobne zmiany.

Następnie podnosi autor, że znana choroba t. zw. *ophthalmia aegyptica* nie jest chorobą o zmianach jednostajnych, lecz powstaje z ostrej rzeżączki spojówek i z jaglicy o przebiegu lżejszym.

Na podstawie badań przeprowadzonych w gubernii kurskiej jest autor zdania, że wiele przypadków jaglicy leczy się samoistnie i znika bez zabiegów leczniczych. Z podanej tablicy wynika, że z wyższym wiekiem następują co raz częstsze przypadki uleczenia samoistnego i że ślepota po jaglicy nie przenosi 2°/₀.

Autor badał w przeciągu 10 lat, 8.076 chorych na jaglicę na 18 279 przypadków chorych na oczy.

Tak więc chorzy na jaglicę wynosili 49·2°/₀ ogólnej sumy chorych. Przy badaniach zwracano także uwagę na wiek i płeć chorego, jak i na postać chorobową.

Opisane dotychczas badania tyczyły się chorych leczonych ambulatoryjnie, następne zaś badania były przeprowadzane w szkołach. I tak znalazł autor na 2.550 badanych dzieci 57°/₀ zaś po odciągnięciu chorych na nieżyt mieszkowy spojówek 47°/₀ chorych na jaglicę, przyczem główną przyczyną powstania tej choroby był brak zmysłu czystości u nauczycieli Większa część uczni przychodzi do szkoły już zakażoną, dla tego też wpływ szkoły na rozprzestrzenienie się choroby nie daje się łatwo wykazać. Przy wszystkich badaniach autor stoi na stanowisku tożsamości jaglicy z zapaleniem mieszkowem, dla dokładności jednak oznacza on procent schorzeń ze stanowiska dualistycznego. Bardzo liczne są przypadki jaglicy po wsiach, gdzie autor znachodził często 75°/₀ dzieci dotkniętych jaglicą. Z przeprowadzonych więc badań wynika, że połowa ludności kurskiej jest chorą na jaglicę. Z pomiędzy przyczyn ślepoty zajmuje tutaj jaglica naczelne stanowisko, gdyż wynosi 42·4°/₀.

Do leczenia poleca autor bardzo gorąco nacieranie pręcikiem kwasu jodowego i objaśnia jego działanie. Działanie to może być spotęgowanem, przez wewnętrzne zażywanie jodku potasu, lub też przez zastrzykiwanie jodu pod spojówkę gałkową. Przy takiem leczeniu nie ma bolu i nie tworzą się blizny.

Prace z zakresu fizyologii i patologii soczewki. (Arbeiten zur Physiologie und Pathologie der Linse). Dr Freytag.

O wpływie zmian soczewki na refrakcyę oka. Wedle badań Hessa nie można starcze dalekowidzenie tłumaczyć zwiększeniem się współczynnika kory soczewkowej, gdyż gdyby tak było, to należałoby równocześnie przyjąć tem większe zwiększenie się współczynnika *(Index)* jądra. Jeżeliby zaś tak było, to siła łamliwości oka musiałaby się raczej zwiększyć, a nie jak się to rzecz ma, zmniejszać. Natomiast tak przy jądrze płaskiem, jak i silniej wypukłonem pokazuje się wzmożenie ilości promieni soczewki. To zdaje się najbardziej przemawiać za powstaniem star-

czej długowzroczności, a takiemu pojmowaniu tej sprawy nie sprzeciwia się wcale fizyologiczny wzrost soczewki.

Jest to tem prawdopodobniejszem, że ogólne zwiększanie się przekroju krzywizny dla powstania krótkowidzenia przy zaćmie pęczniejącej *(Cat. intumescens)* jest przyczyną prawdopodobnie zmniejszenia się współczynnika kory soczewkowej. Przy soczewce o podwójnem ognisku chodzi prawdopodobnie o nieprawidłowe także różnice pomiędzy współczynnikiem jądra i kory. Większość tych przypadków należy tymczasowo uważać za czystą myopię jądra soczewki.

O obrazkach odbijających się na ludzkiej soczewce.

U 81 osób badał autor 147 prawidłowych ócz, przyczem spostrzegał u wszystkich osób ponad 24 lat życia mających bardzo dokładny obrazek na przedniej powierzchni jądra. Po 31 roku życia mieli wszyscy badani bardzo dokładny obrazek na tylnej powierzchni jądra, a tylko w jednym przypadku u 57 l. człowieka widział autor ten obrazek tylko na jednem oku. Tak więc połowa trzeciego dziesiątka jest mniej wiecej granicą, od której dają się prawie zawsze spostrzegać obrazki jądrowe. Z tych badań, jako też ze silniejszego występowania obrazków z wzmagającym się wiekiem wynika, że zapatrywanie Hessa, co do zwiększania się różnicy pomiędzy współczynnikiem załamania kory i jądra soczewki odpowiednio do wzmagania się wieku u ludzi, jest zupełnie słusznem.

Heft 4.

Zaczopowanie tętnicy środkowej siatkówki z utrzymaniem przytarczowej części siatkówki. (Ein Verschluss der Arteria centralis retinae mit gesundem parapapillarem Bezirk). Dr Ernst Graefenberg.

Autor opisuje przypadek, w którym środkowa tętnica nagle została zaczopowaną, przyczem jednak pozostała nienaruszoną pięciokątna część siatkówki, przylegająca tuż do tarczy wzrokowej. Utrzymana ta część była na jeden przekrój tarczy wzrokowej szeroką i wysoką. Pomimo, że w ciągu trwania tej zmiany utrzymana ta część siatkówki straciła nieco na zabarwieniu, to jednak czynność wzrokowa nie została przez to upośledzoną.

Ponieważ przez utrzymane to miejsce siatkówki przebiegało naczynie okrążające łukowato zewnętrzny brzeg tarczy wzrokowej a zdawało się ono być tętnicą rzęskowo - siatkówkową, sądził autor, że naczynie to pośredniczy w odżywieniu tej części siatkówki. Gdy jednak z czasem i to naczynie zatkanem zostało a pomimo tego czynność wzroku niezmienną pozostała, wynikało z tego, że naczynie to było odgałęzieniem środkowej tętnicy, a od-

żywienie siatkówki musiało w tem miejscu odbywać się drogą cieniutkich naczyń końcowych rzęskowych.

Do kazuistyki kryształowych utworów oka. (Zur Cazuistik krystallähnlicher Gebilde des Auges). Dr Paul Schuster.

W przypadku t. z. *leucoma adhaerens* znalazł autor w bliznie wyraźne utwory gruczołowate. Gruczoły te składały się z krystalicznych cząstek szpilkowatych o jedwabistym połysku. W innym znowu przypadku widział autor liczne lśniące bulwiaste twory w obu nerwach wzrokowych, przyczem bystrość wzroku była prawidłową. Przypadek ten w tarczy wzrokowej przemawia, zdaniem autora, za niezapalnem powstawaniem tych gruczołowatych tworów.

O podspojówkowych zastrzykiwaniach soli. (Über subconjunctivale Kochsalzinjectionen). Dr Beck.

Odnośnie do spostrzeżeń opisanych w tym archiwie tom LII. opisuje autor dalsze dodatnie wyniki zastrzykiwań solnych. I tak, widział on w 5 przypadkach zmętnień w ciałku szklistem 4 razy polepszenie, z 8-miu spostrzeganych przypadków *Chorioiritis centralis* 7 przypadków polepszenia.

Równocześnie stosował leczenie napotne.

Polepszenie spostrzegał także w jednym przypadku oderwania siatkówki i w jednym przeszywającego urazu, w przypadku zaś współczulnego zapalenia oka wystąpiło pogorszenie.

O polu widzenia przy skiaskopii i przy wziernikowaniu. (Über das Gesichtsfeld beim Skiaskopieren und Ophthalmoscopieren). Dr Borschke.

Autor polemizuje z Wolffem i zbija dowody, które Wolff naprowadza przeciwko teoryi odtwarzania się światła *(Lichtabbildungstheorie)* przyczem zaznacza, że jego w tym kierunku doświadczenia były zawisłe od wielkości otworu wziernika a nie od środka optycznego, jak to Wolff mylnie sądzi.

Zdaniem autora wielkość pola widzenia przy wziernikowaniu i skiaskopii jest zawisłą od źrenicy oka badanego i otworu we wzierniku i równa się sumie obu tych projektowanych płaszczyzn. Autor nie twierdził nigdy, że pole widzenia przy skiaskopii ma być większem aniżeli przy oftalmoskopii, jak to twierdzi Wolff. Kończy on uwagą, że teorya Wolffa opiera się na domysłach, które nie odpowiadają rzeczywistości i jest zupełnie mylną.

O zaćmie powstałej wskutek tężca. (Zur Tetanie-Cataract). Dr Sperber.

Autor opisuje 6 przypadków takiej zaćmy u kobiet, które przebyły poród. Przytem spostrzegał utratę włosów i paznogci

a również dały się we wszystkich przypadkach spostrzegać objawy Trousseau i Chwosteka. W większej ilości przypadków wyjęte jądro było bardzo płaskie i znacznie powiększone. Objaw ten tłumaczy autor w ten sposób, że przez tę chorobę nastąpiło bardzo rychłe stwardnienie jądra, a również znaczne zmniejszenie się jego objętości przez utratę wody, czem się też daje tłumaczyć tak bardzo nagłe i rychłe powstanie tego rodzaju zaćmy.

Badania przy niedowidzeniu, spowodowanem nadmiernem użyciem tytoniu i alkoholu. (Untersuchungen bei Tabak-Alkohol-Amblyopie). Dr Bär.

Z pośród licznych chorych, spostrzeganych przez autora z powodu niedowidzenia, powstałego przez zatrucie tytoniem i alkoholem, nie spostrzegał autor ani jednego przypadku czystego niedowidzenia tytoniowego. U badanych alkoholików najwyższą granicą nadmiernego zużycia trunków stanowiło dziennie $1^1/_2$ litra wódki, albo 3 l wina lub też 4 l. piwa. Z pośród badanych cierpiało 5% równocześnie na zapalenie innych nerwów. Najmłodszy z badanych miał lat 17, najstarszy lat 70. Autor zauważył dość często przy stanie prawidłowym wzroku na odległość, znaczne upośledzenie siły wzroku w pobliżu. Przytem poczucie na światło było bardzo upośledzonem, przy równocześnie istniejącym całkowitym ubytku w polu widzenia. Autor spostrzegał podobnie, jak Groenouw, że całkowity ubytek w polu widzenia był częstokroć nie jednolitym, ale składał się z dwóch części, z których część jedna znajdywała się obok punktu środkowego, część druga zaś odpowiadała okolicy ślepej plamki. Obie te części łączyły się ze sobą za pomocą względnego ubytku, w postaci mostu. W ogólności zgadzają się spostrzeżenia autora po większej części ze spostrzeżeniami Groenouwa. I tak podnosi i on, że przy względnym ubytku w polu widzenia ucierpiała przedewszystkiem wrażliwość na barwę zieloną. W tym okresie choroby bywa częstokroć białe rozpoznawane jako niebieskie. Autor mógł tylko w jednym przypadku rozpoznawać ubytki przyśrodkowe *(Scotoma paracentrale)*. Przy znaczniejszem współśrodkowem ścieśnieniu pola widzenia trzeba zawsze mieć na myśli inną jeszcze jakąś chorobę i to najczęściej rdzenia pacierzowego.

O szklistem zwyrodnieniu spojówki. (Über hyaline Degeneration der Conjunctiva). Dr Ischreyt.

Autor opisuje dwa przypadki powyższej zmiany, w których zwyrodniałą była spojówka powiekowa, z częściowymi przerzutami i na spojówkę gałkową. W pierwszym przypadku zdaje się, że

przyczyną zwyrodnienia była jaglica, którą autor przy badaniu mikroskopowem znalazł, w przypadku zaś drugim etyologia była niejasną. Autor znalazł złogi szkliste także w przekrojach naczyń krwionośnych i limfatycznych, co jego zdaniem nie było wcale dotychczas spostrzeganem, lub co najmniej nie dokładnie*).

W przypadku pierwszym znajdywały się zorganizowane złogi i to najliczniej w komórkach wstecznie zmienionych. Były to najprawdopodobniej przybłonki naczyń przemieszczone w złogi szkliste. W przypadku drugim dała się spostrzegać jakaś dziwna zmiana wsteczna w jądrze komórki. Z powodu braku podziału w różnych przypadkach zwyrodnienia szklistego. radzi autor rozróżniać 4 typy, oparte na podstawie anatomiczno-patologicznej.

Do typu 1-go należą przypadki t. z. spojówkowego koloidu *(Lubarsch)*. Przytem spływają maleńkie ziarnka szkliste, znajdujące się w komórkach tkanki adenoidalnej i powodują zanik komórek.

Do typu 2-go należą te przypadki, w których występuje wybitne zwyrodnienie szkliste w ścianach naczyń pomiędzy chrząstką a przybłonkiem i które rozprzestrzenia się dalej na powierzchni naczyń.

Do typu 3-go należą te przypadki, w których *tunica mucosa conjunctivae* silnie wybuja a zwyrodnienie szkliste schodzi na drugi plan.

Typ 4-ty jest nacechowanym tworzeniem się złogów szklistych w pośrodku tkanki adenoidalnej.

Operacya jaskry absolutnej, z uwagami o soczewkach przy jaskrze. (Die Operation des Glaucoma absolutum, nebst Bemerkungen über Glaucomlinsen). Dr Topolański.

Jako środek usuwający całkowicie ból przy jaskrze absol. poleca autor wyjęcie soczewki. Postępuje on przytem w sposób następujący: 15 minut przed operacyą zastrzykuje podskórnie mor-

*) Gdyby autor był się dokładnie przyglądnął pracy mej, tyczącej się tego przedmiotu, a ogłoszonej w tymże Archiwie t. LII. str. 205, byłby się przekonał, że twierdzenie jego, jakoby dotychczasowe badania nie wykazywały złogów szklistych w przekrojach naczyń, jest bezpodstawnem. Na str. 211 l. c. piszę dokładnie: »Das Hyalin ist besonders in den Gefasswänden etablirt, aber spärlich auch zwischen die Bindegewebslagen eingebettet. Die ausgesprochene Erkrankung der Gefasswände, die bis zur Obliteration zahlreicher Gefässe geführt hat, legt es zuerst nahe die Ursache der Hyalindegeneration in einer primären Gefässerkrankung, einer Vasculitis proliferans zu suchen. Aber es ist auch die Deutung möglich, dass aus irgend einer uns unbekannten Ursache hyaline Ausscheidungen in den Gefasswanden erfolgten, und diese dann durch Reizwirkung zu Wucherung der zelligen Elemente der Gefässwand Anlass gaben«.

finę, potem znieczula dokładnie oko kokainą. Następnie robi irydektomię i wyjmuje soczewkę. Przytem nie należy robić płatu spojówkowego, gdyż z łatwością przychodzi do utraty ciałka szklistego, przez co też przy następowem leczeniu ranka długi czas nie zamyka się. Autor spostrzegał bardzo często po operacyi przewlekłej jaskry zaćmę torebkową, przyczem można było stanowczo wykluczyć powstanie zaćmy wskutek operacyi. Taka zaćma powstaje najczęściej na obwodzie koloboma odpowiednio do równika soczewki. Przyczyny szukać należy w silnem napięciu wieńca rzęskowego, które przy jaskrze szczególnie usposabia do pęknięcia, wskutek gwałtownego wsunięcia się soczewki ku przodowi. Inny znowu rodzaj zaćmienia soczewki spostrzegał autor po operacyi jaskry ostrej, przyczem soczewka całkowicie mętniała, a wyjaśniała się po upływie 3 5 dni.

Archives d'Ophtalmologie. R. 1906. (Ref. K. W. Majewski).

Nr 7. *Cyanopsya i ksantopsya pochodzenia soczewkowego u jednej i tej samej osoby.* (Cyanopsie et xanthopsie d'origine cristallinienne chez le même sujet). Van Duyse.

Widzenie barwne może, jak wiadomo, powstawać z bardzo różnych powodów: Przyczyna leżeć może w ośrodkach nerwowych (halucynacye barwne, stany histeryczne), albo też wchodzą w grę pewne zatrucia lekarstwiane (santonina, kwas pikrynowy) albo wreszcie barwne widzenie zależy od soczewki ocznej. Co do częstości zestawia autor poszczególne rodzaje widzenia barwnego w następujący szereg, zaczynając od najczęściej zdarzającego się czerwonowidzenia: erytropsya, ksantopsya, chloropsya, cyanopsya, jantynopsya (od ἰάνθινος fiołkowy).

Autor opisuje przypadek, w którym bez żadnej wątpliwości widzenie barwne było pochodzenia soczewkowego. U 59-letniej kobiety z zarośnięciem źrenicy wystąpiła po wykonaniu irydektomii wybitna ksantopsya. Badanie wykazało żółto-brunatną zaćmę jądrową. Po usunięciu zaćmy ksantopsya ustąpiła miejsca cyanopsyi. Autor zwraca uwagę, że cyanopsya po operacyi zaćmy, zwłaszcza zaćmy jądrowej, nie jest wcale rzadkiem zdarzeniem. Przed operacyą soczewka chłonęła promienie niebieskie i fiołkowe, przepuszczając głównie tylko żółte i czerwone, po wydobyciu zaś zaćmy promienie niebieskie nie znajdują już przeszkody i uzyskują przewagę, powodując widzenie wszystkich przedmiotów w barwie błę-

kitnej. Podobną cyanopsyę można też wywołać sztucznie, używając przez czas krótki okularów ze szkła żółtego. Cyanopsya, jaka potem występuje, trwa oczywiście bardzo krótko, gdy po operacyi katarakty utrzymuje się nieraz przez kilka tygodni, bo też w tym ostatnim wypadku promienie niebieskie nieraz przez lata całe były przez soczewkę zatrzymywane.

Gruczolak wychodzący z gruczołów Meiboma. (L'adénome des glandes de Meibomius). Cabannes i Lafon.

Gruczolaki, wychodzące z gruczołów Meiboma muszą niewątpliwie zachodzić o wiele częściej niż się na pozór wydaje, często jednak bywają zapoznawane z powodu wielkiego podobieństwa zewnętrznego do gradówek. Dopiero badanie anatomiczne może wyświetlić właściwą istotę guzka. Dla tego to w literaturze znajduje się zaledwie kilka spostrzeżeń gruczolaka (Baldauf, Bock, Rumszewicz, Wadsworth, Mills, Knapp i Salzmann). Do tej kazuistyki dodają autorowie jedno spostrzeżenie własne guzka wielkości ziarna pszenicy, wyciętego z powieki dolnej u 69-letniej kobiety. Badanie histologiczne wykazało typowe utkanie gruczolaka. Guzki gruczolakowe, wychodzące z gruczołów Meiboma rozwijają się bez żadnych objawów zapalnych i mogą dojść do wielkości orzecha laskowego, jak w przypadkach Salzmanna i Bocka. Miewają one zbitość chrząstkowatą i są ostro ograniczone. Czasem wytwarzają się w ich miąższu przestwory torbielowate, a wtedy przy nacięciu zachowuje się gruczolak prawie tak samo jak gradówka. Zresztą odróżnienie gruczolaka od innych nowotworów łagodnych lub złośliwych, wychodzących z chrząstki powiekowej bywa niejednokrotnie przynajmniej w początkowych okresach bardzo trudne.

Częściowe wycięcie rogówki. (La kératectomie à lambeaux). Fage.

Autor opisuje operacyjny sposób pomniejszania gałki ocznej rozdętej wskutek garbiaka rogówkowego dla stworzenia dobrego podkładu dla protezy. Przy operacyi tej stara się oszczędzić jak największą część rogówki i po wycięciu garbiaka wykonywa syndezmoplastykę.

Przypadek blepharochalasis. (Un cas de blepharochalasis). Scrini.

Opis typowego przypadku obustronnej *blepharochalasis* ze zwichnięciem gruczołów łzowych oczodołowych. Badanie mikroskopowe wykazało zanik i zwiotczenie skóry, i rozszerzenie podskórnych splotów żylnych.

Thrombophlebitis venae centralis retinae u osobnika gruźliczego. (Thrombo-phlébite de la veine centrale de la rétine chez un tuberculeux). Pechin.

U 30-letniego mężczyzny z zawodu koszykarza, dotkniętego rozwiniętą już gruźlica płuc, wystąpił nagle niedowład prawej połowy twarzy, a po upływie roku nagła utrata wzroku na oku lewem. Badanie wziernikiem wykazało zblednięcie tarczy, zwężenie tętnic, a rozszerzenie żył. Siatkówka w otoczeniu tarczy biało zmętniona, a w plamce żółtej plama koloru wiśniowego. Na szyi po lewej stronie ropne zapalenie gruczołów chłonnych. Zmianę w oku tłumaczy autor ropnem zaczopowaniem środkowej żyły siatkówki. Podobna sprawa w jamie czaszkowej była powodem niedowładu. *Thrombophlebitis* zdarza się, zdaniem autora, często przy gruźlicy płuc, a nawet przez niektórych bywa uważaną za jeden z jej objawów zwiastunowych.

Przybłoniak nagałkowy. (Epithelioma épibulbaire). Cosmettatos.

Autor wyłuszczył gałkę oczną u 45-letniej kobiety z powodu guza rakowego, wychodzącego z okolicy granicy twardówko-rogówkowej, i pokrywającego gałkę oczną w zupełności. Nowotwór zajął już znaczną część spojówki gałkowej, zniszczył przybłonek rogówki, błonę Bowmana i powierzchowne warstwy miąższu rogówkowego. Ten właśnie ostatni szczegół wyróżnia ten przypadek od wielu podobnych, zwyczajnie bowiem błona Bowmana najdłużej stawia opór nacieczeniu nowotworowemu. Wnika ono najczęściej w głąb gałki w okolicy rąbka rogówko-twardówkowego drogą przestworów żylnych i limfatycznych.

Nr 8. *Irydektomia i sklerektomia w leczeniu jaskry przewlekłej: Nowy sposób wytwarzania blizny przesączającej.* (Iridectomie et sclérectomie combinées dans le traitement du glaucome chronique: Procédé nouveau pour l'établissement de la cicatrice filtrante). F. Lagrange.

Skuteczność irydektomii w jaskrze ostrej nie podlega dziś żadnej wątpliwości, natomiast w różnych postaciach jaskry przewlekłej wyniki irydektomii są conajmniej niestałe, a w niektórych wypadkach nawet ujemne. Dla tego to dążeniem operatorów jest stworzenie blizny przesączającej, którаby zapewniała trwały odpływ nadmiarowi cieczy śródocznych. Żadna z dotychczas używanych i zalecanych operacyi nie stwarza jednak trwałej blizny filtracyjnej, najczęściej bowiem tkanka bliznowata twardnieje w krótkim czasie i przestaje być przepuszczalną. Autor używa od kilku lat

nowego sposobu operacyjnego własnego pomysłu, zapewniającego trwałe przesączanie się cieczy śródocznych. Robi on cięcie płatowe nożem Graefego, wytwarzając u góry spory płatek twardówkospojówkowy. Z płatka tego odgina szczypczykami spojówkę, a następnie zapomocą zakrzywionych nożyczek wycina kawałek trójkątny twardówki. Wreszcie dodaje zwyczajną irydektomię. Przebieg pooperacyjny bywa zwyczajny z tą różnicą, że przednia komora nie od razu się odtwarza, lecz nieraz dopiero po upływie kilku dni. W miejscu wyciętego kawałka twardówki powstaje zagłębienie rodzaj okienka, przykrytego spojówką. Okienko to stanowi jakoby klapę bezpieczeństwa dla oka skłonnego do podwyższenia ucisku śródocznego. Aby wykazać trwałą skuteczność tego nowego sposobu operacyjnego przytacza autor 15 przypadków spostrzeganych przez szereg lat, w których w powyższy sposób wykonana sklerektomia w połączeniu z irydektomią sprowadziła trwałą poprawę, a względnie ostateczne wyleczenie przewlekłej jaskry.

Szczególna postać gruźlicy jagodówki. (Forme spéciale de tuberculose du tractus uvéal). Pechin.

Autor wskazuje, że jakkolwiek zarazek gruźlicy jest oddawna znany, to jednak rodzaje zatrucia tkanek ustroju, jakie on jest w stanie wywołać, nie są dotąd wystarczająco zbadane. Z tego powodu spotykamy się niejednokrotnie z zupełnie nowymi, nieopisanymi dotąd obrazami klinicznymi. Przytacza on dwa spostrzeżenia własne gruźlicy jagodówki u kobiet młodych, dotkniętych gruźlicą ogólną. Na całym obwodzie rogówki widać było na błonie Descemeta liczne drobne plamki okrągłe barwy cytrynowo-żółtej. Prócz tego okazywały oczy inne zwykłe znamiona gruźlicy śródgałkowej, jak gruzełki w tęczówce, pospolite szare złogi na tylnej ścianie rogówki etc. Autor utrzymuje, że w przypadkach podobnych zmiany w oczach nie są wywołane bezpośrednio obecnością prątków Kocha, lecz są następstwem zatrucia tkanek jadem gruźliczym we krwi krążącym.

Zaćma biegunowa przednia obustronna. (Badanie histologiczne). (Cataracte polaire antérieure bilatérale. Examen histologique). Onfray i Opin.

Na podstawie mikroskopowego badania przypadku zaćmy biegunowej przedniej przechyla się autor do teoryi, wedle której zaćma taka ma być mechanicznem następstwem odczepienia torebki przedniej od miąższu soczewkowego, czy to wskutek działania resztek tkanki mezodermalnej, czy w następstwie przebicia środkowego wrzodu rogówkowego.

Osteoperiostitis w następstwie zapalenia zatoki czołowej. (Ostéo-périostite consécutive à une sinusite frontale). Moissonnier.

Autor opisuje spostrzeżenie, odnoszące się do 17-letniej dziewczyny, u której przy operacyi ropnia zatoki czołowej wydobyty został martwiak z kości czołowej $3^1/_2$ cm długi, 2 cm szeki, nieregularnie ponadżerany. Zapalenie zatoki czołowej wystąpiło w tym przypadku bezpośrednio po błonicy gardła. Autor przypuszcza, że sprawa błonicowa z gardła przez jamę nosa dostała się do zatoki czołowej. Jako najlepszy sposób postępowania operacyjnego zaleca on w przypadkach *sinusitis frontalis* szeroką resekcyę przedniej ściany zatoki, wyłyżeczkowanie dokładne jej wnętrza, i osączkowanie po częściowem lub zupełnem wycięciu kości sitowej.

Okolica między tarczą a plamką żółtą i badanie perymetryczne barw przy oderwaniu siatkówki. (La région papillo-maculaire et la périmétrie des couleurs dans le décollement rétinien). Cantonnet.

Autor ogłosił już szereg artykułów o t. zw. okolicy Mariotte'a, w której można zapomocą perymetru wykazać pewne upośledzenie sprawności fizyologicznej siatkówki w przypadkach postępującej krótkowzroczności Objaw ten ma dla rokowania w tych przypadkach bardzo ważne znaczenie. (Por. »Postęp Okuli-styczny« 1906, str. 320).

Obecnie podjął autor szereg analogicznych, żmudnych i cierpliwych badań zapomocą perymetru w przypadkach częściowego oderwania siatkówki i na podstawie porobionych spostrzeżeń wykazuje, że siatkówka nie oderwana w miejscach sąsiadujących z oderwaniem nie jest zupełnie prawidłową, chociaż zmian wziernikiem dostrzegalnych nie okazuje. Ścisłe badanie perymetryczne pozwala zazwyczaj wykryć osłabienie lub zniesienie poczucia barw w granicach, trzymających się w pewnej odległości od granic rzeczywistego odczepienia. Zjawisko to odnieść oczywiście należy do ustawicznego pociągania, jakiego doznaje przylegająca część siatkówki ze strony siatkówki oderwanej.

Berl. klin. Wchschrift. 1906. (Ref. Dr W. Reis).

Nr 16. *Przemijająca obustronna ślepota z utrzymanem oddziaływaniem źrenic i niemota pamięciowa po napadzie kurczowym.* (Transitorische doppelseitige Amaurose mit erhaltener Pupillenreaktion nach Krampfanfall). H. Schmidt.

U kobiety 54-letniej z miażdżycą tętnic mózgowych, cierpiącej od dawna na padaczkę, wystąpiły po napadzie zupełna ślepota

i utrata mowy. Oddziaływanie źrenic na światło i zbieżność były utrzymane, uszkodzenie więc pierwotnych ośrodków wzrokowych było wykluczone. Oddziaływanie źrenic było osobliwe: po początkowem zwężeniu źrenicy następowało rozszerzenie, które utrzymywało się stale nawet przy dłużej trwającem oświetlaniu. Powstanie tego zjawiska tłumaczy S. podobnie jak Silex nadmiernem pobudzeniem włókien źrenicznych nerwu wzrokowego. bodziec świetlny wywołuje nadmierny wysiłek i następowe znużenie włókien zwężających źrenicę, tak że włókna nerwu współczulnego uzyskują przewagę. Zupełną ślepotę na obu oczach spostrzeżono w $2^1/_2$ godziny po napadzie, trwała ona cztery godziny, poczem stopniowo bystrość wzroku wracała. W opisanym przypadku wspólna jakaś przyczyna musiała spowodować wystąpienie ślepoty i utraty mowy; być może, że podczas napadu wystąpiła przemijająca przeszkoda w krążeniu tętniczem, zaopatrującem obszar obu płatów potylicznych.

Nr 40. *Przyczynek do leczenia jaglicy radem.* (Beitrag zur Behandlung des Trachoms mit Radium). Dinder.

Autor naświetlał ziarna jaglicze z początku 5 mg radu dwa razy w tygodniu przez przeciąg jednej do pięciu minut, później zaś tylko raz w tygodniu i przez czas o połowę krótszy, ale za to radem dwa razy mocniejszym. W leczeniu były przeważnie przypadki przestarzałe, leczone już przez przeciąg 2—6 lat. Z 16-u w ten sposób leczonych przypadków u 7-u ziarna całkowicie znikły. Im młodszym jest osobnik, tem szybciej następuje wyleczenie, w starszych przypadkach powikłanych łuszczką, wyleczenie następuje powoli, łuszczka i ziarna jaglicze stopniowo zanikają a chorzy są znowu w stanie pracować. Wyniki otrzymane zachęcają autora do przedsięwzięcia dalszych prób na większą skalę.

Bulletin de la Société Belge d'Ophthalmologie. Nr 20. Avril 1906. (Referent Dr Matusewiczówna).

Dwa przypadki blepharitis wywołane przez farbę na włosy. (Deux cas de blépharo-conjonctivite dus a l'usage de la teinture capillaire). Bettremieux (Roubaix).

Choroba wystąpiła w postaci *blepharitis eczematosa*, w jednym przypadku dotkniętą była również skóra twarzy. Farba użyta zawierała zapewne związki anilinowe, które, jak to wykazał Dr Vogt (Archives d'Ophtalmologie, avril 1906) działają szkodliwie na spojówkę. Choroba trwała kilka tygodni po nieostrożnem zastosowaniu barwika. Leczenia używał autor takiego, jakie się zwykle stosuje przy *blepharitis eczematosa.*

Przypadek silnego zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego ze zmianami w naczyniówce. (Considérations à propos d'un cas de nerroretinite violente avec lésions choroïdiennes). Dr Ev. Stocke (Gandawa).

Chora zgłasza się z powodu obniżenia bystrości wzrokowej w oku prawem, trwającego $2^1/_2$ miesięcy. Leczono ją wstrzykiwaniami podskórnemi i podspojówkowemi bez skutku. Wywiady oprócz 3 poronień nie wykazały nic szczególnego. Autor znalazł wziernikiem obraz silnego zapalenia nerwu wzrokowego i siatkówki, dalej w okolicy m. l. i około nerwu stare i świeże ogniska zapalne i atroficzne w naczyniówce $V = ^1/_{50}$. Zastosowano energiczne leczenie rtęciowe w postaci wcierek, zastrzyknięto sinek rtęci pod spojówkę. Oprócz tego KI i salicyl na poty. W 5 dni po pierwszej konsultacyi $V = ^5/_{50}$. Wziernikiem tarcz n. wzr. płaska, brzegi wyraźne, wysięk siatkówkowy znikł, żyły jeszcze nieco rozdęte.

Leczenie dalej prowadzono tak samo. Po upływie $1^1/_2$ miesiąca $V = ^5/_5$, wziernikiem: tarcz górą i dołem nieco zatarta, naczynia prawidłowe. Pomimo, że choroba zdaje się opanowana, autor radzi jeszcze chorej od czasu do czasu powtarzać wcierki i jod.

Referent zwraca uwagę, jak nieocenionem jest leczenie rtęcią głębokich zachorzeń oka i szczególniej radzi stosowanie dużych dawek, aby działanie mogło być jak najenergiczniejsze.

Zachorzenia kiłowe dróg łzowych. (Des affections syphilitiques des voiës lacrymales). Dr Tacké (Bruxelles).

W 1-m i 3-m przypadku chodziło o kilaki Obrzmienie woreczka łzowego, skóra nad nim nieco bledsza od otaczającej, dotyk dość bolesny, przy ucisku nie wydobywa się przez punkcik łzowy ropa. Badanie drobnowidowe wykazało w 1-m przypadku tkankę granulacyjną, dużo leukocytów i nieco komórek zserowaciałych bez jądra. Wywiady wykazały kiłę.

W 2-m przypadku skóra nad obrzmiałym woreczkiem była zaczerwieniona i przedstawiała niewielkie owrzodzenie o wyniosłych brzegach.

Zmiany w gardle wykazywały wtórorzędną kiłę.

Pod wpływem leczenia swoistego nastąpiło we wszystkich tych przypadkach zupełne wyzdrowienie.

Deutsche med. Wchschrift. 1906. (Ref. Dr. W. Reis).

Nr 31. *O starczym zaniku mięśni ocznych.* (Über senile Atrophie der Angenmuskeln). Thiele i Grawitz.

U chorej 70-letniej wystąpiło odosobnione obustronne opadnięcie powieki górnej t. z. *ptosis amyotrophica.* Etyologia tego cierpienia dokładnie nie jest znaną. Fuchs uważa je za pierwotny zanik mięśni dźwigacza powieki górnej, Silex i Kuhnt zaliczają to cierpienie do grupy rzekomego przerostu mięśni, Möbius zaś uważa zmiany w mięśniach za niewystarczające, by zasadnicze wyprowadzić z nich wnioski. Zmiany mikroskopowe mogą być bowiem takie same przy porażeniach jądrowych, a w zastarzałych przypadkach trudno odróżnić zanik mięśniowy pochodzenia nerwowego od zaniku pierwotnego. Na podstawie licznych systematycznych badań mikroskopowych nietylko mięśni powiek, lecz także pozostałych mięśni ocznych osobników, którzy za życia nigdy nie cierpieli na opadnięcie powieki, doszli autorowie do wniosku, że u starszych osobników bez różnicy płci wszystkie mięśnie oczne wykazują podobne zmiany wsteczne (zanik, zwyrodnienie tłuszcz owe).

Zmiany te napotykano już w 30 r. życia. Zapoznanie tych zmian i uważanie je za swoistą postać chorobową tłumaczy się tem, że badania poprzednich autorów ograniczyły się tylko do małego kawałka dźwigacza powieki górnej, wyciętego przy operacyi opadnięcia powieki. Opisana postać chorobowa nie zależy więc od zmian znalezionych tylko w mięśniach powiekowych, lecz należy ją uważać za jeden z objawów zaniku starczego wszystkich mięśni ocznych.

Rokowanie i leczenie drążących zakażonych ran oka. (Prognose und Therapie der perforierenden infizierten Augapfelverletzungen). Schirmer.

Rokowanie zranień drążących w głąb oka powinno wyłącznie zależeć od tego, czy rana jest zakażona czy nie. Fuchs i Praun uważają zakażoną gałkę za niewątpliwie straconą. Autor nie jest jednak tak pessymistycznie usposobiony i twierdzi, że przy odpowiedniem i wczesnem leczeniu udaje się prawie $^2/_3$ zakażonych gałek utrzymać, a z tych znaczny nawet odsetek z użyteczną bystrością wzroku. Przy leczeniu zwraca S. główną uwagę na zalanie wprost rtęcią całego ustroju. Osoby dorosłe mogą wcierać 6—9 gramów szaruchy, rano i wieczór po połowie — dzieciom $^1/_2$—3 gr. lub gdy wcierań nie znoszą — fartuszek rtęciowy *(mercolint)* po 50%. W przypadkach cięższych równoczesne wstrzykiwania głębokie w pośladki łatwo rozpuszczalnej soli rtęciowej (1 cm^3 1% dwuz

jodku rtęci, rozpuszczonego w 10°/₀ rozczynie jodku potasu). Oprócz tego wstrzykiwania podspojówkowe 0,3 cm³ rozczynu sublimatu 1 : 2000.

Równocześnie z energicznem leczeniem rtęciowem powinien chory zachowywać jak największy spokój lub też pozostawać w łóżku aż do końca choroby, co zwykle trwa 4—6 tygodni. Po za tem dawniej używane sposoby leczenia również mogą być stosowane, a więc, atropina, opaska, galwanokaustyka, poty i t. d.

Z 157 ócz leczonych w powyższy sposób w ostatnich 10-u latach, udało się wyratować 103 t. j. 66°/₀, z tych zaś 90 czyli 57°/₀ z większą lub mniejszą bystrością wzroku. Współczulne zapalenie nie wystąpiło ani razu, nawet po upływie trzech miesięcy po zaprzestaniu leczenia; dopóki rtęć w ustroju się znajduje zdaje się ona działać zapobiegawczo.

Nr 35. *Porażenie mięśni ocznych po znieczuleniu rdzeniowem.* (Augenmuskellähmung nach Rückenmarksanästhesie). Mühsam.

U chorego 26-letniego, operowanego z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego wystąpiło po wstrzyknięciu rdzeniowem 0·15 g nowokainy dziesiątego dnia porażenie mięśnia odwodzącego; w drugim przypadku u 27-letniej chorej, operowanej z powodu kamicy żółciowej i zapalenia wyrostka robaczkowego, wystąpiło również po znieczuleniu zapomocą 0·08 g stowainy porażenie tego samego mięśnia. Objawy porażenia ustąpiły w krótkim przeciągu czasu. Autor upatruje związek przyczynowy między porażeniem mięśni ocznych a znieczuleniem rdzeniowem, a dla jego wytłumaczenia powołuje się na zapatrywanie Loesera, który przypuszcza, że ów lek zmieszany z płynem mózgo-rdzeniowym wywiera bezpośrednie trujące działanie na ośrodek nerwu.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Saemisch w Bonn i Prof. Voelkers w Kolonii ustępują z katedr na Wielkanoc 1907.

Habilitowali się: Dr Erdmann w Rostoku i Dr Marcin Bartels w Strasburgu.